（市提出用）

米沢市小児インフルエンザ予防接種予診票

	インフルエンザHAワクチン	1回目
	インフルエンザHAワクチン	2回目
	経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	

◎ 下の表の太枠の中の当てはまるところに、記入又は〇で囲んでください。

（フリガナ）			
受ける人の氏名			
生年月日	令和　年　月　日（満　歳　カ月）	性別	男・女
住所	米沢市　TEL（　）		
保護者氏名		予診票記入年月日	令和　年　月　日

◎小児インフルエンザ予防接種説明書は市ホームページから確認してください。

米沢市ホームページ

診察前の体温　　度　　分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 注：経鼻弱毒生ワクチン（フルミスト点鼻液）はシーズン１回投与になります。	はい	いいえ（　）回目 １回目接種日：　年　月　日	
今日体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい 具体的に（　）	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	いいえ	はい（病名　） はい・いいえ はい・いいえ	
最近１か月以内に熱が出たり病気にかかりましたか。	いいえ	はい （病名　）	
これまでに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	いいえ	はい （病名　）	
そのかかりつけ医師に、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	いいえ	はい	
これまでに間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患と診断され、現在治療中ですか。	いいえ	はい（　年　月頃） 現在治療中・治療していない	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	いいえ	はい	
これまでにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい（　回くらい） （最後は　年　月頃）	
これまでに薬や食品（ゼラチン、鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい （薬、食品名　）	
最近１か月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	いいえ	はい （病名　）	
最近１か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい （予防接種名　）	
これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい（予防接種名　） （症状　）	
（予防接種を受けられる方がお子さまの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	いいえ	はい （具体的に　）	
（女性の方に）現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。または授乳していますか。注：接種後約２か月間は妊娠をしないように注意してください。	いいえ	はい	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい （具体的に　）	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（　実施できる・見合わせた方がよい　）と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。
また、経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの場合は、接種対象者が２歳以上であることを確認しました。

医師署名又は記名押印　みみはなのどさいとうクリニック 齊藤 史明

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて、理解した上で接種することを　（　希望します　・　希望しません　）※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot. No. （注）有効期限が切れていないか要確認	□皮下接種 0.25ml（６カ月以上３歳未満） 0.5ml　（３歳以上） □点鼻0.2ml（各鼻腔0.1ml噴霧）	実施場所　米沢市東3丁目4-36 医師名　みみはなのどさいとうクリニック 齊藤 史明 接種年月日　令和　年　月　日